# 山梨県ラグビーフットボール協会

# 傷害報告書

## 一般外傷用

①障害報告書１（見舞金請求書）
②障害報告書２
上記①②を障害発生日より３０日以内に提出すること

③障害診断書
確定診断後６ヶ月以内に提出すること

御担当医師へは、傷害診断書の作成を依頼してください

| 受付番号 | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

# 傷害報告書1
## (見舞金請求書)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| チーム代表者 | 住所 | 〒 | | 提出日　年　月　日 | | |
| | 氏名 | 印　TEL | | 都道府県協会 | 三地域協会 | 日本協会 |
| 送金先 | 金融機関 | | 支店名 | 受付日　協会 | 受付日 | 受付日 |
| | 口座名 | 普通　当座 | 口座番号 | | | |
| | (フリガナ)<br>口座名義 | TEL | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 団体登録番号 | □□□□□□□ | 団体名 | | | |
| JRFU共通個人ID | | (ふりがな)<br>氏名 | (　　) | 年齢 | □□歳 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 傷害内容または傷病名 | | | | | | | |
| 傷害発生年月日 | □□□□年□□月□□日 | | | 傷害発生時刻 | □□時頃 | | |
| 傷害発生状況 | □ 1.試合 2.練習試合 3.練習 4.その他 | 受傷時の試合時刻 | □ 1.前半 2.後半 □□分頃 | 受傷機転 | □ 1.スクラム 2.タックルして 3.タックルされて 4.ラック 5.モール 6.その他(　) | | |
| (その時の状況を具体的に) 書ききれない場合には、裏面に記入して下さい。<br><br>(例) 左にパスをしようとしたところ右前方より右大腿部にタックルされ、倒れた上を乗りかかられた時に右膝を負傷した。 | | | | | | | |
| 試合名 | | 対戦チーム名 | | □ 1.公式 2.非公式 | | | |
| マウスガード | □ 1.装着(カスタムメイド) 2.装着(市販品) 3.非装着 | コンタクトレンズ | □ 1.装着 2.非装着 | ヘッドギア | □ 1.装着 2.非装着 | | |
| 受傷時のポジション | □□ 1.左プロップ 2.フッカー 3.右プロップ 4.左ロック 5.右ロック 6.左フランカー 7.右フランカー 8.NO8 9.スクラムハーフ 10.スタンドオフ 11.左ウイング 12.左センター 13.右センター 14.右ウイング 15.フルバック 16.未定 | | | | | | |
| 天候 | □ 1.晴れ 2.曇り 3.雨 4.雪 | □ 1.日没前 2.日没後 | グラウンドの状態 | □ 1.芝 2.土 3.その他 | 照明 | □ 1.有り 2.無し | 気温 □□□℃ 湿度 □□□℃ |
| レフリー | □ 1.在 2.不在 | 資格 | □ 1.有り 2.無し | 氏名 | | ドクター | □ 1.在 2.不在 | 氏名 | |
| 傷害時処置 | □ 1.レフリー 2.監督・コーチ・指導責任者 3.医師 4.その他(　) | 処置の内容 | | | | | |

| 体重 | 身長 | 胸囲 | 腹囲 | 頸囲 | 座高 |
|---|---|---|---|---|---|
| □□□kg | □□□cm | □□□cm | □□□cm | □□□cm | □□□cm |

| 既往症 | 脳しんとう | 頭蓋内損傷 | 頸部(蓋)損傷 | 腹部損傷 | 四肢骨折 | 膝関節損傷 | 日射病 | 高血圧 | 心臓疾患 | 糖尿病 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

□□□□年□□月□□日 審査年月日　期限切れ□ 1:期限切れ

診断結果 ①□-□-□　□□級　□□□□千円　②□-□-□　③□-□-□　予備1 予備2

| 受付番号 | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 傷害報告書2

◇受傷機転が、[1.スクラム]の場合は必ず記入してください。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 受傷したのは | | 1. 組んだ瞬間　2. 組んだ直後<br>3. ボールイン時　4. 組んでいる最中 | B | ボールの投入 | | 1. 味方ボール　2. 相手ボール |
| C | 組んだときのタイミング | | 1. 良い　2. 良くない　3. 悪い | D | スクラムのくずれ(コラプシング) | | 1. 有り　2. 無し |
| E | 持ち上げ(ホッピング) | | 1. 有り　2. 無し | F | 衝突 | | 1. 本人の頭と相手の頭<br>2. 本人の頭と相手の肩 |
| G | ボールコントロール | | 1. できた　2. できなかった | H | 押し | | 1. 押していた　2. 押されていた<br>3. 不動 |
| I | ホイール | | 1. あった　2. なかった | J | スクラムの形態 | | 1. 1対1　2. 3対3　3. 3対5<br>4. 5対5　5. 5対6　6. 6対6<br>7. 8対8　8. その他(　　) |

◇受傷機転が、[2.タックルして]または[3.タックルされて]の場合は必ず記入してください。

A．受傷したのは

□ 1. タックルに行って　2. タックルを受けて

B．タックルしたプレヤーの人数

□ 1. 1人　2. 同時に2人

C．タックルされたプレヤーの状態

□ 1. 走行中　2. その場　3. 空中

D．タックラーは身体のどの部位でタックルに行ったか

□ 1. 肩　2. 頭　3. 腕　4. 手　5. スマザー　6. その他

E．タックルを受けたプレヤーはどの部位にタックルを受けたか

□□ 1. 膝下部　2. 膝　3. 大腿部　4. 腰部　5. 腹部
6. 背部　7. 胸部　8. 頚部　9. 頭部　10. スマザー

F．タックルを受けた瞬間

□ 1. ボールを持っていた　2. パスを受けた瞬間
3. パスをした直後

G．タックルを受けたプレヤーの結果

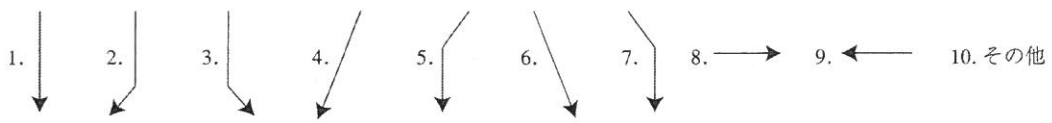
□ 1. 後方に倒れた　2. 前方に倒れた　3. 側方に倒れた　4. 倒れず　5. 振り回された　6. 突きとばされた
7. 投げとばされた

H．タックルに行ったプレヤー、またはタックルされたプレヤーのタックル後の結果

□ 1. 頭部が相手の身体の上に乗った　2. 頭部が相手の身体の下になった　3. 相手に当たられとばされた
4. 振り回された　5. 相手を止めただけ　6. 相手に絡まって胴体で倒れた　7. タックルをはずされ地面に倒れた

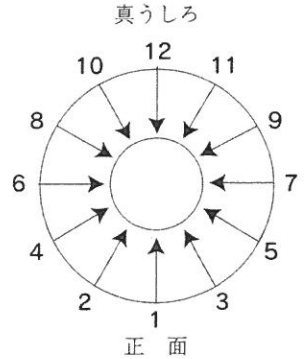
I．タックルされる直前のコース

□□




J．タックルに入った方向、またはタックルされた方向

□□




K．タックルに入る瞬間の頭部の高さ

□ 1. 上がっていた　2. 下がっていた

L．タックルに入った時の頭部の位置

□ 1. 順ヘッド　2. 逆ヘッド　3. 正面

| 団体名 | |
|---|---|
| 傷害者氏名 | |

（公財）日本ラグビーフットボール協会　御中

# 傷　害　診　断　書

年　　月審査

**チーム記入欄**

| チーム登録番号 | JRFU共通個人ID | チーム名 |
|---|---|---|
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 傷病者氏名 | | 男<br>女 | 昭和<br>平成　　年　月　日生　歳 |
| 傷病者住所 | 〒□□□-□□□□<br>TEL　（　） | | |
| 脳震盪の場合 | 脳震盪/脳震盪の疑い報告書提出日　　年　月　日 | | 復帰証明提出日　　年　月　日 |

**医師記入欄**　（特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 傷病名 | 1）<br>2）<br>3） | 傷病発生年月日 | 1）　年　月　日<br>2）　年　月　日<br>3）　年　月　日 |
| 2 | 初診日 | 1）初診日　平成　年　月　日 | | |
| 3 | 外来通院期間 | 1）　年　月　日から　年　月　日まで<br>2）　年　月　日から　年　月　日まで | | |
| 4 | 入院期間 | 1）　年　月　日から　年　月　日まで<br>2）　年　月　日から　年　月　日まで | | |
| 5 | **検査** | □ CT　□ MRI　その他の検査＿＿＿＿＿＿＿＿ | | |
| 6 | **治療** | □ 保存的治療　□ 手術的治療　（検査・治療ともチェックを入れてください） | | |
| 7 | **手術日** | （手術治療を行った場合に記入して下さい）<br>1）　年　月　日　術式<br>2）　年　月　日　術式 | | |
| 8 | **治療内容** | | | |
| 9 | 既往症・持病又は既存の身体障害 | （有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください）<br>有<br>無 | | |

以上の通り証明〔診断〕する。

平成　　年　　月　　日

病院又は診療所の
所在地
電話番号
名称
医師氏名　　㊞

**協会記入欄**

| 見舞金給付表該当項目 | 等級　[　]-　-(　)　　審査決定年月日　年　月　日 | | |
|---|---|---|---|
| 都道府県協会　受付日　協会　印 | 三地域協会　受付日 | 日本協会　受付日 | |